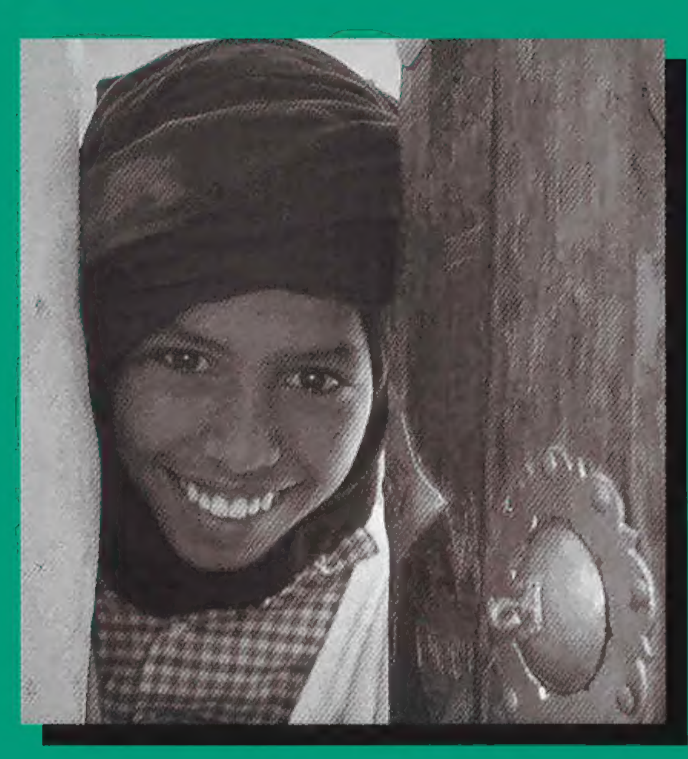


موريتانيا

المسح الديموغرافي والصحي 2000-2001

التقرير الملخص



يلخص هذا التقرير نتائج المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني (EDSM 2000-01). والمسح الديموغرافي والصحي الموريتاني هو مسح بالعينة تم إنجازه من طرف المكتب الوطني للإحصاء.

أثناء هذا المسح الذي أنجز في الفترة ما بين أغشت 2000 وإبريل 2001، تم استجواب 7728 امرأة في العمر 15-49 و2191 رجلا في العمر 15-59 سنة، ويوفر المسح معلومات عن السكان والصحة بصورة معنوية على المستوى الوطني وعلى مستوى الوسط السكني وعلى مستوى المناطق الجغرافية الكبيرة. وبيانات المسح الديموغرافي والصحي قابلة للمقارنة مع بيانات المسوح المماثلة في عديد من الدول الأخرى السائرة في طريق النمو وتمكن بالتالي من إجراء المقارنة الدولية.

تم تمويل المسح الديموغرافي والصحي من طرف الحكومة الموريتانية بقرض من طرف الوكالة الدولية للتنمية IDA في إطار دعم قطاع الصحة (PASS) ، كما استفاد المسح من المساعدة المالية من طرف صندوق الأمم المتحدة للسكان ومن الدعم التعبوي من اليونيسيف. ومن جهة أخرى استفاد المسح من المساعدة الفنية من البرنامج الدولي للمسوحات الديموغرافية والصحية (DHS) للمنظمة ORC Marco International الذي يهدف إلى جمع وتحليل ونشر المعلومات الديموغرافية وخاصة المتعلقة منها بالخصوبة وتنظيم الأسرة والوفيات والبيانات المتعلقة بصحة الأم والطفل.

للمزيد من المعلومات حول المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني اتصلوا بالمكتب الوطني للإحصاء على العنوان التالي: ص.ب. 240 انواكشوط موريتانيا هاتف 222.525.30.70 فاكس 222.525.51.70 أو بالبريد الإلكتروني e-mail dsds@ons.mr
Internet: www.ons.mr

وفيما يخص برنامج DHS بمكن الحصول على المعلومات عن طريق:
ORC Marco, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA. Tel: 301-572-0200; Fax: 301-572-0999
e-mail: reports@macroint.com; Internet: http://www.measuredhs.com/

أُعد هذا التقرير من طرف: أحمد ولد إسلمو، محمد الأمين السالم ولد المجتبى،محمد عالي ولد أكيبد ومونيك بارير
انتاج: سيليا خان
صور: جوناثان شديد
ترجمة: محمد أحمد ولد محمد والعربي حسني

المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني 2000-01
التقرير الملخص



خصائص السكان والظروف المعيشية للأسر

مكنت البيانات المجموعة عن العمر والجنس والمستوى التعليمي لأفراد الأسر و كذلك البيانات المتعلقة بخصائص المساكن من وصف المحيط الاجتماعي و الديموغرافي و البيئي الذي يعيش فيه النساء والرجال المستجوبون.

بنسبة 46 % من السكان دون 15 سنة تتميز موريتانيا بمجتمع شاب يفوق فيه عدد النساء قليلا عدد الرجال بنسبة تصل إلى 92 رجلا مقابل 100 امرأة. و بسبب الهجرة فإن نسبة الذكورة هذه تتراوح بين 86 رجلا لكل 100 امرأة في الوسط الريفي و 102 في الوسط الحضري.

مكونات الأسر

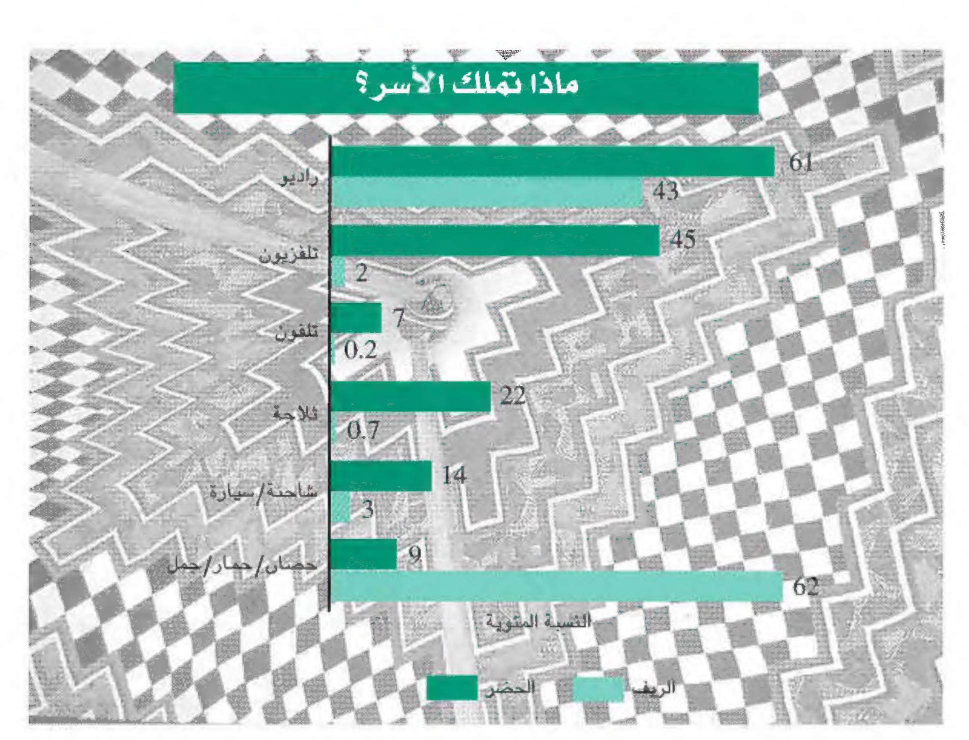
تتكون الأسر في المتوسط من 5.8 أفراد. و يفوق هذا الحجم في الوسط الحضري نظيره في الوسط الريفي (6.0 مقابل 5.7). ويتكون ما يناهز خمس الأسر (18 %) تتكون من 9 أفراد على الأقل تتواجد بنسبة أعلى بقليل في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي (20 % مقابل 16 %). و من جهة أخرى فإن نسبة مهمة من الأسر (29 %) تقودها النساء و خاصة في الوسط الريفي (32 %). وارتفاع نسبة الأسر التي تقودها النساء يمكن تفسيرها من جهة بسبب الهجرة من الوسط الريفي إلى الوسط الحضري من جهة أخرى بالنسبة المرتفعة للطلاق و الترمل من جهة أخرى.

مستوى تعليم السكان

تبين النتائج أن نسبة النساء و الرجال البالغين من العمر 6 سنوات أو أكثر الذين لم يلتحقوا أبدا بالدراسة مرتفعة وتمس ثلث النساء وربع الرجال. ومن جهة أخرى لم تلتحق 26 % من النساء و23 % من الرجال إلا بالمدرسة القرآنية. والتحقت نسبة متساوية من الرجال (33 %) والنساء (32 %) بالتعليم الابتدائي. وعلي العكس من ذلك فإن نسبة الرجال الذين وصلوا إلى المستويالثانوي علي الأقل تقدر بـ 18% و تفوق بكثير نسبة النساء التي لا تتعدى 9 %. ومن جهة أخرى تظهر النتائج بجلاء مستوى تعليميا ضعيفا في الوسط الريفي مقارنة مع الوسط الحضري. وتشير البيانات إلى أن 49 % من الذكور في الفئة العمرية 17-6 سنة و43 % من الإناث في نفس الفئة يتابعون دراستهن في المدرسة النظامية. غير أن هذه النسب لا تتفوق 29 % لدى الرجال و 22 % فقط لدى النساء في الفئة العمرية 18-21 سنة.

خصائص المساكن

تتوفر 22 % فقط من الأسر على الكهرباء وتتراوح هذه النسبة بين 3 % في الريف و50 % في الحضر. وتستعمل الأسر الموريتانية لغرض الشرب الماء المجلوب من حنفيات توجد داخل المنزل أو حنفيات عمومية (33 %) وإما من آبار محمية (17 %) أو من عند بائعي مياه الحنفيات العمومية (12 %) أو بواسطة الصهاريج (4 %). وبافتراض أن ماء هذه المصادر ماء نقي فإن ثلثي الموريتانيين يتوفرون على ماء صحي. من جهة أخرى نلاحظ أن أكثر من نصف الأسر الموريتانية لا توفر على أي نوع من المراحيض (53 %).



خصائص النساء والرجال المستجوبين

تتشكل الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للنساء الرجال من وسط للإقامة وتعليم ومحو للأمية و شغل تعريض لوسائل الإعلام، المعلومات القاعدية التي يتم على أساسها تحليل كافة المؤشرات الديموغرافية والصحية.

التوزيع الجغرافي للسكان

بسبب الهجرة، يفوق عدد الرجال في الوسط الحضري عددهم في الوسط الريفي (56 % مقابل 44 %) في حين أن النساء أكثر عددا في الوسط
الريفي (54 % مقابل 46 %). ويعيش معظم النساء والرجال المستجوبين الذين يقطنون في الوسط الحضري بانوا كشوط.

التعليم ومحو الأمية

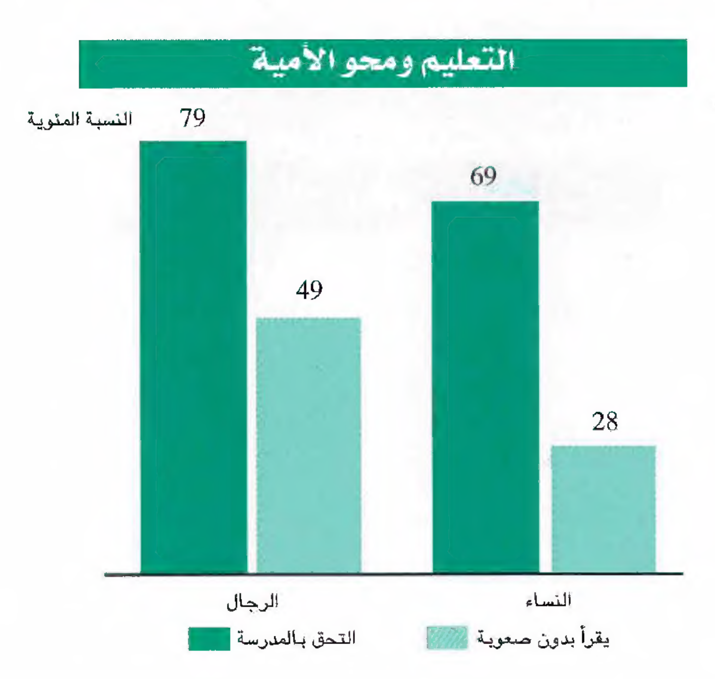
ما يناهز ثلث النساء (31 %) وحوالي خمس الرجال (21 %) لم يلتحقوا أبدا بالمدرسة النظامية ولا المدرسة القرآنية. و تبقى هذه النسب أكثر ارتفاعا في الوسط الريفي. ومع أن المستوى التعليمي آخذ في التحسن وسط الأجيال الشابة فإنه يلاحظ رغم ذلك أن 28% فقط من النساء و49 % من الرجال المستجوبين يستطيعون القراءة بدون صعوبة.

النشاط الاقتصادي

لم تكن نسبة النساء اللائي كن يعملن وقت إجراء المسح تتعدى 29 % من مجموع النساء موزعة كالتالي: 12 % عندهن عمل طوال السنة و10 % يعملن بصفة موسمية و 8 % بصفة ظرفية. وتشتغل النساء العاملات بصفة أساسية في قطاع البيع والخدمات بنسبة 42 %. بالإضافة كان ثلثا النساء من بين العاملات يعملن لحسابهن الخاص وثلاثة أرباع يحصلن على مداخيل نقدية.

وكانت نسبة الرجال العاملين وقت إجراء المسح تفوق بكثير نسبة النساء العاملات (72 % مقابل 29 %).

وكان أكثر من خمس هؤلاء العاملين يشتغل في الزراعة (23 %) و21 % في ميداني البيع والخدمات.



الاستماع لوسائل الاعلام

تمثل التلفزة والراديو وسيلتا الإعلام الرئيسيتان، غير أن 27% فقط من النساء تشاهد التلفزة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع وتستمع إلى الراديو مرة واحدة على الأقل في اليوم. وتصل هذه النيب عند الرجال 38% و39%. ولا تخص قراءة الصحف أو المجلات إلا 11% من النساء و17% من الرجال. وتعتبر نسبة الرجال والنساء الذين يستمعون إلى الراديو بانتظام جد ضعيفة في الوسط الريفي مقارنة مع الرسط الحضري.

الخصوبة ومحدداتها

مكنت البيانات المجمعة من تقدير مستوى واتجاهات الخصوبة.كما مكنت كذلك من توفير معلومات حول مختلف العوامل المؤثرة في الحياة الإنجابية للنساء وخاصة منها الزواج. إضافة إلى ذلك مكنت من تحديد رغبات النساء والرجال المتعلقة بحجم الأسرة

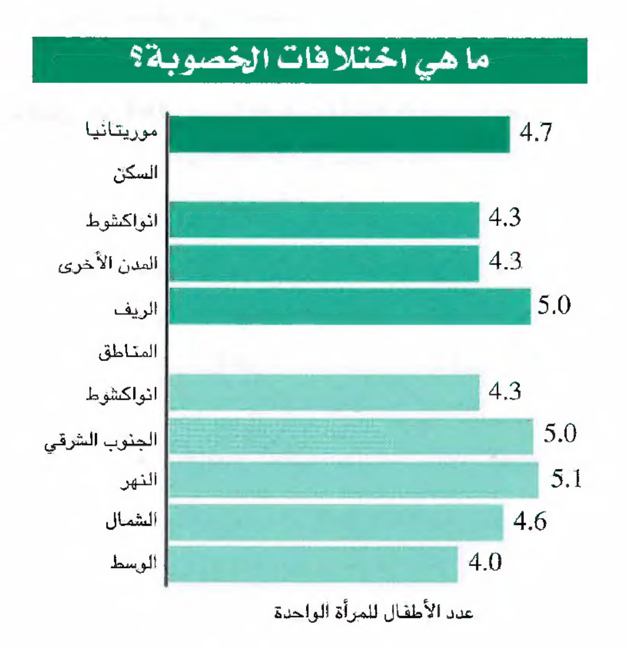
المستويات الحالية والاتجاهات

تنجب النساء الموريتانيات حسب المستويات الحالية للخصوبة 4.7 أطفال في المتوسط طوال فترة حياتهن الإنجابية. وتصل الخصوبة إلي اعلي مستوى لها عند الفئة العمرية 25-29 سنة قبل أن تنخفض بانتظام. وأنجب نصف النساء مولودهن الأول عند سن لا تتعدى 20.7 سنة.

هناك فوارق مهمة في مستوى الخصوبة حسب مكان الإقامة: حيث أن خصوبة النساء في الوسط الريفي (5.0 أطفال) تفوق مثيلتها في الوسط الحضري (4.3 أطفال) .كما أن خصوبة النساء ذوات المستوي التعليمي الثانوي فما فوق (3.5 أطفال) منخفضة بصورة واضحة مقارنة مع ذوات المستوي الابتدائي (4.6) وبصورة أوضح مقارنة مع غير المتعلمات (5.3).

ما زالت نسبة مهمة من الولادات (22 %) تقع ولا تفصلها عن الولادة السالفة إلا فترة زمنية قصيرة (أقل من 24 شهرا).

وتشير نتائج المسح إلى أن الخصوبة قد انخفضت بشكل ملموس في موريتانيا إذ أن متوسط عدد الأطفال لكل المرأة انتقل من 6.2 عند بداية الثمانينات إلى 4.7 في الوقت الحالي.



الزواجية والتعرض لاحتمال الحمل

كان أكثر من نصف النساء (59 %) و 49 % من الرجال متزوجين في الوقت الذي أجري فيه المسح. و تتزوج النساء الموريتانيات في سن مبكرة إذ أن نصفهن تزوج عند 17.1 سنة من العمر. غير أنه يتضح من جهة أخرى أن السن عند الزواج الأول آخذ في الارتفاع بين الأجيال الشابة. و يتزوج الرجال في سن متأخرة مقرنة مع النساء إذ أن نصفهم تزوج قبل 26.5 سنة من العمر.

وفي الوسط الحضري تتزوج النساء على غرار الرجال بصورة متأخرة مقارنة بالوسط الريفي. كما تتزوج كذلك النساء الأكثر تعليما في سن متأخرة مقارنة مع غير المتعلمات وذلك بفارق 5 سنوات، ويصل هذا الفارق عند الرجال إلى سنتين.

ويتبين أنه لا يمكن إهمال دور الأسرة في اختيار الأزواج حيث أنه في 43 % من الحالات تم اختيار الزوج من طرف أسرة المرأة أو من طرف أسرة زوجها. إضافة إلى ذلك تم اختيار الزوج بدون موافقة المرأة في 11 % من الحالات. و مع ذلك فد اختارت المرأة زوجها فيما يفوق قليلا نصف الحالات.

وزواج الأقارب واسع الانتشار في موريتانيا لأن 32 % فقط من النساء المتزوجات أو المطلقات أو الأرامل تزوجن من رجل لا تربطهن به أي صلة قرابة.

ويعتبر تعدد الزوجات ممارسة غير منتشرة في موريتانيا إذ أنه يخص 12 % من النساء المتزوجات.

تفضيلات الإنجاب

تشير البيانات أن ثلثي النساء المتزوجات (66 %) و 82 % من الرجال المتزوجين يريدون إنجاب طفل آخر، وفي المقابل صرحت 19% من النساء و 8 % من الرجال أنهم لا يرغبون في ذلك. ويرغب أكثر من نصف النساء اللائي صرحن أنهن يردن إنجاب طفل

آخر في تأخير الولادة القادمة بسنتين على الأقل في حين أن 28% يردن إنجاب هذا الطفل في أقرب وقت ممكن.

العدد المثالي للأطفال

العدد المثالي بالنسبة للنساء هو 6.3 أما بالنسبة للرجال فإنهم يرغبون في عدد أكبر (7.6 في المتوسط). و العدد المثالي للأطفال مرتفع في الوسط الريفي (7.0 بالنسبة للنساء و8.9 بالنسبة للرجال) مقارنة مع الوسط الحضري (5.2 و6.5 علىالتوالي). ويتأثر حجم الأسرة المثالي بالمستوى التعليمي حيث أن النساء والرجال الأكثر تعليما يرغبون في أعداد من الأطفال (4.6 و6.5 على التوالي) أقل مما يرغب فيه غير المتعلمين (7.4 و9.2 على التوالي).

تنظيم الخصوبة

على العموم كان ما يناهز ثلاثة أرباع الولادات (71 %) التي حدث خلال السنوات الخمس الأخيرة مرغوبا فيها الوقت الذي حدثت فيه و 22 % مرغوبا فيها ولكن في وقت لحق و 6 % لم تكن مرغوبا فيها على الإطلاق. وإجمالا ترتفع نسبة الولادات غير المرغوب فيها مع ارتفاع رتبة الولادة وعمر المرأة : من 4 % في المتوسط عند النساء الأصغر سنا، و ترتفع هذه النسبة 9 % عند الفئة العمرية 30-34 سنة لتصل إلى 11% عند النساء في الفئة العمرية 35-44 سنة.

الطلاق والزواج من جديد

ينتشر الطلاق بطريقة واسعة في موريتانيا إذ أن 22 % من النساء الموريتانيات في الفئة العمرية 15-49 قد تم طلاقهن مرة واحدة على الأقل. وفي معظم الحالات كان الطلاق بسبب شكاوى مقدمة من طرف النساء وخاصة بسبب سوء تفاهم مع أسرة الزوج (20 %) وزواج بدون موافقة المرأة (16 %) وعدم احترام الزوج لعقد الزواج وبحثه عن امرأة أخرى (14 %). من جهة أخرى تنتشر إعادة الزواج بصورة كبيرة. فمن بين غير العازبات تزوجت 18% مرتين و7 % ثلاث مرات أو أكثر. وفي انواكشوط عرفت 39 % من غير العازبات أكثر من زواج واحد.



تنظيم الأسرة

يمكن استعمال وسائل تنظيم الأسر وبصورة خاصة استعمال الوسائل الحديثة منها النساء والأزواج من تحقيق أهدافهم في مجال الخصوبة والحجم المثالي للأسرة.



معرفة وسائل تنظيم الأسرة

على العموم، تعرف 68 % من النساء المتزوجات و55 % من الرجال المتزوجين وسيلة حديثة على الأقل لتنظيم الأسرة. وتأتي الحبوب في المقدمة كالوسيلة الأكثر معرفة من طرف الرجال (48 %) والنساء (64 %)، تليها الحقن عند النساء (57 %) والواقي الذكري عند الرجال (41 %). وتشير البيانات أن نسب معرفة الوسائل التقليدية أقل من نسب معرفة الوسائل الحديثة. ويبقى العزل الوسيلة الأكثر معرفة عند الرجال والنساء المتزوجين (37 % و32 % على التوالي).

استعمال وسائل تنظيم الأسرة وخصائص المستعملات

صرحت نسبة ضئيلة جدا من النساء المتزوجات أنهن يستعملن وسيلة لتنظيم الأسرة في الوقت الذي أجري فيه المسح (8 %) وتصل هذه النسبة إلى 5 % فيما يخص الوسائل الحديثة. وتمثل الحبوب الوسيلة الحديثة الأكثر استعمالا من طرف النساء المتزوجات بنسبة 3 %.

وتوضح البيانات أن الوسائل الحديثة لتنظيم الأسر منتشرة بين نساء الوسط الحضري وخاصة انواكشوط (13 %) ونساء المنطقة الشمالية(12 %) وبين ذوات المستوى الثانوي فما فوق (18 %).

من هن النساء اللائي تستعملن أكثر وسائل تنظيم الأسرة؟

موريتانيا	5
السكن	
انواكشوط	13
المدن الأخرى	10
الريف	1
المناطق	
انواكشوط	13
الجنوب الشرقي	1
النهر	2
الشمال	
الوسط	1
التعليم	
لا شيء	2
قرآني فقط	2
ابتدائي	8
ثانوي +	18

النسبة المئوية

الحاجة إلى وسائل تنظيم الأسرة

تقدر الحاجات غير الملبات في مجال تنظيم الأسرة بـ 32 % من النساء المتزوجات. ولو تمت تلبية هذه الحاجات لكان انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة وصل إلى 40 % عند النساء المتزوجات وسيوجه هذا الطلب الإجمالي المحتمل أساسا إلى تباعد الولادات بنسبة 28 %. و في الوقت الراهن لم تتم تلبية هذا الطلب إلا في حدود 20 %.



الـوفيـات

يرتبط مستوى وخصائص وفيات الأطفال بالظروف الصحية والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المنتشرة في مجتمع ما. ولهذا السبب يعتبر مستوى وفيات الأطفال في الغالب أحد أفضل المؤشرات لقياس تقدم بلد ما.

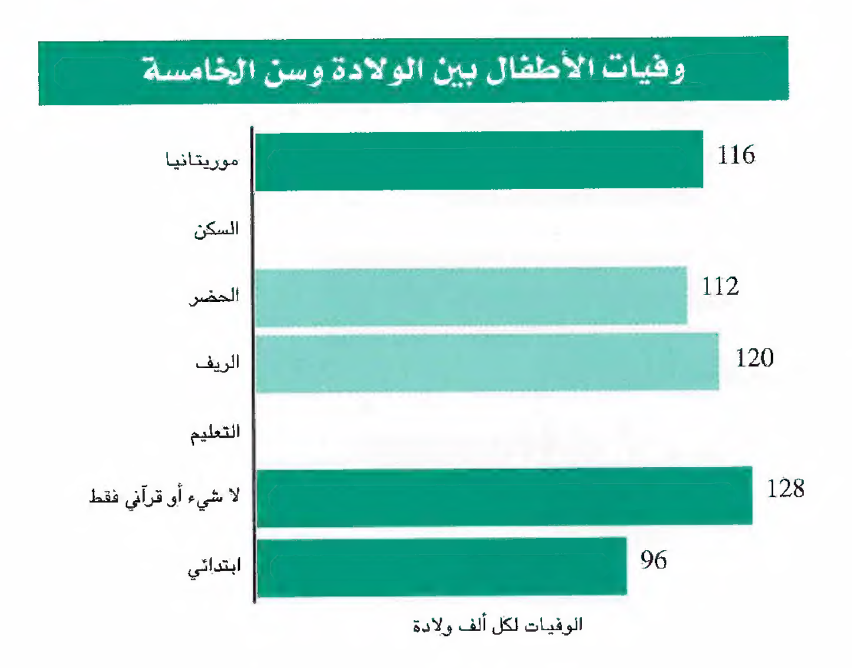
وفيات الأطفال

تم تقييم احتمال وفاة الرضع 74 مما يعني أنه من بين 1000 مولود حي يتوفى 74 قبل وصولهم الذكرى الأولى لميلادهم. و في كل 1000 طفل أكملوا السنة الأولى من عمهم، تتوفى 46 قبل وصولهم إلى ذكرى ميلادهم الخامسة. وبصورة إجمالية يموت 116 من كل 1000 ولادة قبل تمام السنة الخامسة من العمر. ومستوى الوفيات أعلى في الوسط الريف منه في الوسط الحضري وذلك بالنسبة لكل الأعمار. و يؤثر المستوى التعليمي للأم على حظوظ الأطفال في البقاء على قيد الحياة إذ أن الأطفال من أمهات بمستوى تعليمي ابتدائي فما فوق معرضون لاحتمالات وفاة أقل بكثير مقارنة مع الذين ليس لأمهاتهم أي مستوى تعليميا أو اللائي لم يلتحقن إلا بالمدرسة القرآنية فقط.

و على الرغم من ارتفاع مستوى وفيات الأطفال فإن مقارنة نتائج المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني مع معطيات المسوح السابقة يظهر بوضوح أن هناك تحسنا في الوضعية.

وفيات الأمهات

تم تقدير وفيات الأمهات بنحو 747 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي خلال الفترة الممتدة من 1994-2001. ويرتفع هذا المستوى المرتفع من الوفيات إلى 34 ضعف مثيله المسجل على صعيد الدول الصناعية. ومن المحتمل أن تمثل الوفيات بسبب الأمومة 39 % من مجموع وفيات النساء في سن الإنجاب (15-49) وهو ما يمثل تقريبا خمسي الوفيات. وتتعرض كل امرأة موريتانية لاحتمال وفاة قدره 1 على 28 بسبب الأمومة خلال حياتها الإنجابية.



الصحة الإنجابية

يمكن تفادي معظم الوفيات المتعلقة بالأمومة إذا تلقت الأم الحامل الرعاية الصحية المناسبة وتم الوضع بمساعدة أطر مؤهلة لذلك واستفادت خلال فترة النفاس من المتابعة الصحية لما بعد الولادة.

الرعاية الصحية أثناء الحمل

استفادت الأم بالنسبة لحوالي ثلثي الولادات (65 %) التي حدثت خلال السنوات الخمس الأخيرة من رعاية صحية أثناء الحمل تم تقديمها من طرف أطر مؤهلة. وفي ثلث هذه الحالات (32 %) قدمت هذه الرعاية من طرف قابلة مؤهلة. وفي 20 % من الحالات قدمت من طرف طبيب.

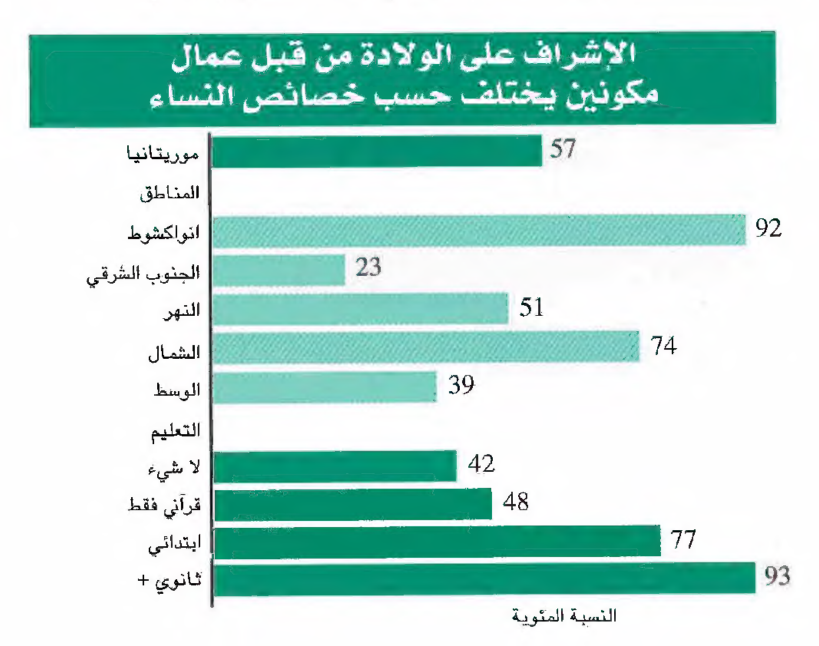
قد تم زيادة على ذلك تحصين 38 % من ولادات الأخيرة ضد الكزاز الولادي بجرعة واحدة على الأقل من اللقاح عبر تلقيح الأم الحامل. ويلاحظ أن هذه النسبة (38 %) تقل بكثير عن نسبة النساء اللائي استفدن من متابعة صحية أثناء الحمل من طرف أطر مؤهلة (65 %).

مكان الولادة والرعاية الصحية عند الولادة

حدث ما يناهز من نصف الولادات (49 %) التي تمت خلال السنوات الخمس الأخيرة داخل مؤسسة صحية. في حين أن 89 % من نساء انواكشوط و88 % من ذوات المستوى الثانوي و78 % من اللائي قمن بأربع استشارات طبية أثناء الحمل قد وضعن حملهن في إحدى المؤسسات الصحية. وفي المقابل وضعت 77 % من نساء الوسط الريفي و81 % من نساء الجنوب الشرقي و66 % من غير المتعلمات في المنزل. وتم ما يفوق ولادة من كل اثنتين (57 %) تمت تحت إشراف أطر صحية غير هذه النسبة تتراوح بين 92 % في انواكشوط و23 % في المنطقة الجنوبية الشرقية.

الرعاية الصحية بعد الولادة

لم يتم متابعة الغالبية العظمى من الولادات بأي استشارة طبية بعد الولادة. وهذا النقص في متابعة الأم والطفل مرتفع بصورة خاصة في المنطقة الجنوبية الشرقية (96 %) والشمال (94 %) والوسط (94 %) وفي الوسط الريفي (91 %).



التصريح لدى الحالة المدنية

تم التصريح بما يفوق 55 % من الولادات التي حدثت خلال السنوات الخمس الأخيرة لدى الحالة المدنية. ولا تتعدى هذه النسبة 22 % في المنطقة الجنوبية الشرقية.و في المقابل تصل التصريحات إلى ثلاثة أرباع الولادات في كل من انواكشوط في المنطقة الشمالية وبين النساء ذوات مستوى التعليم الثانوي.

ونقص المعلومات وعدم استطاعة المرأة اتخاذ القرار وحدها هما السببان الأساسيان المقدمان لتبرير عدم التصريح بالولادة عند الحالة المدنية.

أهم موانع العلاج

يلاحظ في موريتانيا أن ارتفاع سعر الأدوية ونقص ارتفاع سعر الأدوية و نقص المؤسسات الصحية و بعدها وصعوبة الوصول إليها هي أعظم المشاكل التي تواجه السكان عند البحث عن علاج. وبالنسبة لنساء الوسط الحضري فإن المشكل الأهم هو بعد وسوء تجهيز المؤسسات الصحية. وفي الوسط الريفي ذكرت النساء أن عدم وجود المؤسسات الصحية و بعدها و صعوبة الوصول إليها تشكل أهم العراقيل. وذكرت نساء انواكشوط عدم حفاوة العمال وارتفاع سعر الأدوية كأهم المشاكل.

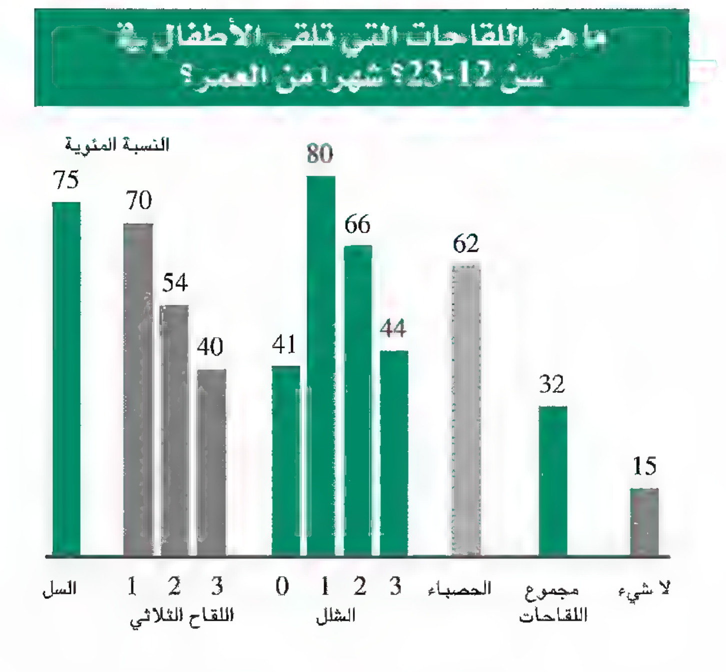
صحة الأطفال

قامت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية منذ عدة سنوات بوضع برنامج موسع للتلقيح (ب م ت) وبموجب هذا البرنامج يجب أن يتلقى جميع الأطفال قبل إتمام عامهم الأول لقاحا ضد السل وثلاث جرعات من اللقاح الثلاثي ضد الدفتريا والسعال الديكي والكزاز ولقاحا ضد الشلل ثم آخر ضد الحصباء (بوحيمرون). وبالإضافة إلى ذلك يتم منذ بضع سنوات إعطاء جرعة أولى من لقاح ضد الشلل عند الولادة.

التغطية التلقيحية

تعتبر التغطية التلقيحية منخفضة نسبيا في موريتانيا لأن 32 % فقط من الأطفال ممن تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهرا تلقوا كل التلقيحات وكل جرعات اللقاحات المنصوص عليها في البرنامج الموسع للتلقيح. وفي المقابل لم يتلق 15 % من الأطفال أي لقاح. إضافة إلى ذلك فإن نسبة التسرب الناجمة عن عدم اكتمال التلقيحات تبقى مرتفعة بين الجرعات الأولى والثالثة.

لا تختلف التغطية التلقيحية كثيرا داخل الوسط الحضري إذ أن 36 % من أطفال انواكشوط تلقوا جميع اللقاحات مقابل 41 % في المدن الأخرى على عكس الوسط الريفي الذي تصل فيه هذه النسبة إلى 27 % فقط. ويلاحظ كذلك أن التغطية التلقيحية منخفضة جدا في المنطقة الوسطى وعند الأطفال ذوي الأمهات غير المتعلمات أو اللائي تلقين تعليما قرآنيا فقط.



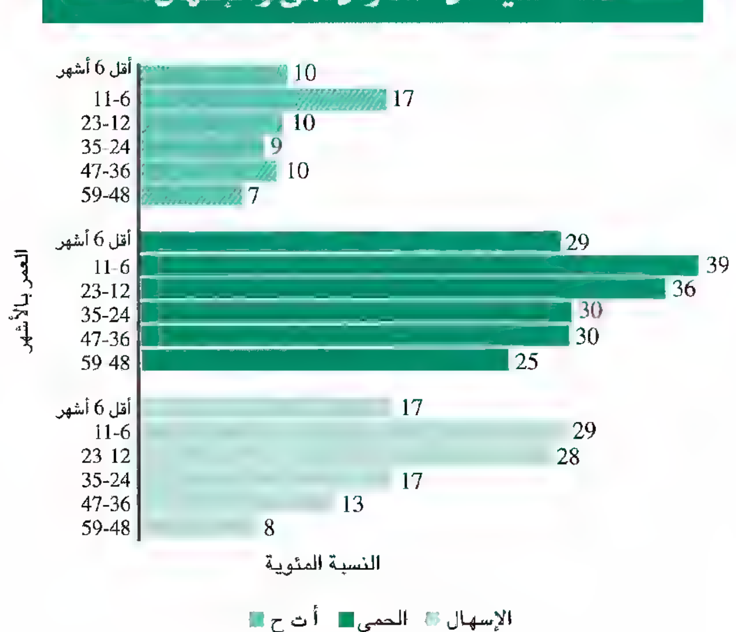
أمراض الأطفال

كانت 10 % من الأطفال دون سن الخامسة تعاني من التهابات تنفسية حادة في الوقت الذي أجري فيه المسح. وانتشار هذه الأمراض مرتفع بعض الشيء بين أطفال انواكشوط (12 %) مقارنة مع أطفال الوسط الريفي. وتم أخذ 39 % من الأطفال المرضى إلى الاستشارة الطبية.

وقد كان ما يناهز ثلث الأطفال (31 %) مصابا بالحمى خلال الأسبوعين السابقين للاستجواب. وكما هو الحال بالنسبة للالتهابات التنفسية الحادة فإن انتشار الحمى في انواكشوط هو الأكثر ارتفاعا (35 %) و تم أخذ 41 % من بين الأطفال المصابين إلى الاستشارة الطبية.

وحسب المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني فقد كان 18 % من الأطفال دون الخامسة مصابين بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للاستجواب. ويبلغ مستوى انتشار الإسهال أعلى مستوياته بين أطفال انواكشوط (22 % مقابل 16 % في الريف) فيما يخص مكان الإقامة وبين أطفال الفئة العمرية 236 شهرا فيما يخص العمر وهي سن حساسة جدا.

استفادت 36 % فقط من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال من علاج إعادة التمييه لمعالجة الجفاف عن طريق الفم (TRO) كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة والشؤون الاجتماعية وذلك على الرغم من أن 79 % من الأمهات قد سمعن بأملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم (SRO).



الرضاعة والحالة الغذائية للأطفال والنساء

لسوء التغذية تأثير خطير على الصحة والاقتصاد. وأهم هذه التأثيرات ازدياد خطر الوفاة وعظم احتمال الإصابة بالأمراض. ونقصان النمو العقلي الجيد من المسائل الأخرى المهمة كذلك.

الرضاعة

يستفيد معظم الأطفال في الفئة العمرية 3-0 أشهر من الرضاعة الطبيعية في موريتانيا. ومع ذلك فممارسة تغذية الأطفال ليست مطابقة لتوصيات منظمة الصحة العالمية. إذ أنه في حين يجب أنْ لايعطى للأطفال سوى حليب الأم وذلك لغاية الشهر 6 السادس من العمر، لا يتغذى سوى 20 % من الأطفال في هذه السن على هذه الطريقة. وعلى العكس، توصي المنظمة بإضافة أطعمة تكميلية وذلك ابتداء من الشهر السادس وهو السن التي يصبح فيها حليب الأم غير كاف. ويتغذى 72 % من الأطفال حسب هذه التوصيات. يقدر وسيط مدة الرضاعة ب 21.2 شهرا، و تتراوح هذا المؤشر بين 18.1 شهرا في المنطقة الشمالية و23.5 شهرا في المنطقة الوسطى.

حالة التغذية للأطفال دون سن الخامسة

تشير البيانات إلى أنْ أكثر منْ ثلث الأطفال دونْ سنْ الخامسة (35 %) هم قصيري الطول بالنسبة لأعمارهم وهذا يعني أنهم يعانون من سوء تغذية مزمن. ويمس سوء التغذية الحاد 17 % من الأطفال وتبلغ مستويات قصر القامة أكثر ارتفاع عند أطفال الفئة العمرية 36-59 شهرا (44 %) ومن بين الذين تفصلهم عن الولادة السابقة فترة زمنية يقل طولها عن 24 شهرا (42 %) وبين أطفال الوسط الريفي (38 %) من وبين أطفال المنطقة الوسطى (41 %).

تعاني 13 % منْ الأطفال دون سن الخامسة منْ الهزال. وانتشار الهزال أكثر ارتفاعا بصورة خاصة عند الأطفال في الفئة العمرية 116 شهرا (16 %) وعند الأطفال الذكور(15 %) وذوي رتبة الولادة 6 أو أكثر (15 %) وكذلك أطفال منطقتي النهر والوسط (16 % في كلتا الحالتين).

يعاني ثلث الأطفال تقريبا (32 %) من نقص في الوزن. ويعاني بصفة خاصة من هذا النوع من سوء التغذية الأطفال في السن 36-59 شهرا (38 % في المتوسط) والذينْ تفصلهم عن الولادة السابقة فترة زمنية تقل عن 24 شهرا (38 %) وأطفال الوسط الريفي (36 %) وكذلك أطفال منطقة النهر (37 %).

حالة تغذية النساء

يقدر طول النساء الموريتانيات بحوالي 160.2 سنتمتر في المتوسط. ولنسبة مرتفعة منهن تقدر بـ21% مؤشر كتلة جسمية يتراوح بين 25.0 و29.9 كلغ/م2 مما يشير إلى زيادة في الوزن. إضافة إلى ذلك فإن كل واحدة من كل ست نساء عندها مؤشر كتلة جسمية يساوي 30.0 الشيء الذي يعني حالة بدانة. وفي المقابل تعاني نسبة مهمة من النساء (13 %) من سوء تغذية مرمن وحاد.

الممارسات التقليدية

الخفاض (ختان الإناث) والتسمين ممارسات في موريتانيا. وهذه الممارسات التقليدية يمكن أن تترك آثارا ضارة على صحة المرأة كما يمكن أن تشكل كذلك عائقا دون القيام ببعض الأنشطة اليومية.

الخفاض

صرح ثلاثة أرباع النساء الموريتانيات في الفئة العمرية 15-49 سنة أنه قد تم خفاضهن في موريتانيا. ويمارس الخفاض بصفة أكثر في الوسط الريفي وفي الجنوب الشرقي وعند النساء اللائي لم يتلقين سوى التعليم القرآني وغير المتعلمات. و ينتشر الخفاض كذلك كثيرا عند السونونكي والبولار والعرب. وعلى العكس فإن الخفاض قليل الممارسة عند الولف (28 %).

يمارس الخفاض في موريتانيا في سن مبكرة، وفي أغلب الحالات تتم ممارسته في السنة الأولى من العمر. وخضع ثلاثة أرباع النساء لخفاض حقيقي يتكون من استئصال جزء من الأعضاء التناسلية الخارجية. و مع ذلك فإن نسبة منخفضة اتخذت شكلا أكثر "رمزية" و تكونت من حز بسيط.

لا تظهر النتائج حسب العمر أي اتجاه نحو تناقص هذه الممارسة. فلثلثي النساء المستجوبات بنت تم خفاضها في الماضي وعند 3 % نية خفاض بناتهن مستقبلا. و مع ذلك صرحت 23 % من النساء بأن ليس عندهن نية لفعل ذلك.

يعتقد ما يفوق نصف الرجال والنساء أن الخفاض فريضة دينية ويعتبرونه كذلك وسيلة خفض الرغبة الجنسية للمرأة. في حين أن 64 % من النساء و 70 % من الرجال صرحوا أنه يفضل التخلي عن هذه الممارسة.

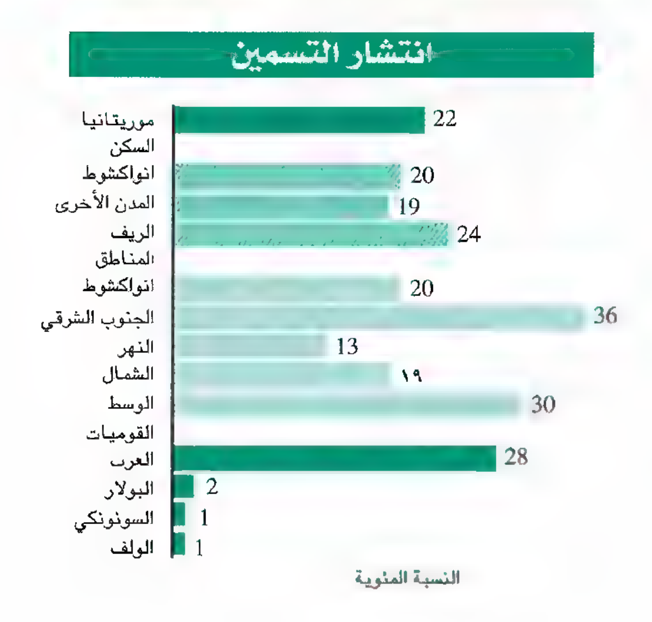


التسمين

التسمين هو عبارة عن ممارسة يتم بموجبها إرغام الفتيات من مختلف الأعمار على أكل كميات كبيرة من الطعام من أجل أن يصرن كبيرات الحجم، الشيء الذي يعتبر بمعايير المجتمع الأبيض أحد مظاهر الجمال وغناء الأسرة. و قد تم في موريتانيا تسمين أكثر من امرأة من بين كل خمس نساء (22 %) أو يجري تسمينها حاليا. ويمارس التسمين بصفة أساسية عند السكان العرب.

يقع العمر عند بداية التسمين بالنسبة لثلاثة أرباع النساء بين6 و11 سنة. وقد استمرت مدة التسمين ما بين 12 و24 شهرا بالنسبة لـ 38 % من النساء.

صرح خمسا النساء أن التسمين لا يجلب أي منفعة بينما ترى 40 % من المستجوبات أن التسمين يمكن المرأة من تصبح أكثر جمالا، وبالنسبة لـ 27 % يعتبر وسيلة لإظهار المكانة الاجتماعية. وفي المقابل وبالنسبة لـ 45 % من النساء فإن عدم التسمين أحسن للصحة و لـ 35 % يمكن عدمه من الحركة و مزاولة العمل بصورة أكثر سهولة.



السيدا والأمراض المنتقلة جنسياً

يقدر برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة السيدا ONUSIDA عدد المصابين الجدد بفيروس فقد المناعة البشرية في العالم بـ 5.3 مليون وعدد الوفيات بسبب السيدا بـ 3 ملايين خلال سنة 2000.

سمعت في موريتانيا نسبة كبيرة من الرجال (86 %) ومن النساء (76 %) بالسيدا. ومع ذلك فإن أكثر من خمسي النساء (44 %) صرحن أنهن يعرفن السيدا ولكن لا يعرفن أيا من الوسائل المهمة لتحاشيه. وتوجد في منطقتي الشمال والوسط النسب الأكثر من اللائي عندهن نقص في المعرفة (52 % و57 % على التوالي). يعرف السيدا أكثر من خمس الرجال (22 %) و لكنهم لا يعرفون أيا من الوسائل المهمة لتحاشيه وخاصة الشباب في الفئة العمرية 15-19 سنة (27 %) ورجال الوسط الريفي (30 %) ومنطقتي النهر (37 %) والوسط (29 %).

صرح أكثر قليلا من ثلث النساء أنهن يرغبن في إجراء تحليلات لمعرفة مدى إصابتهن أو عدمها بالفيروس. و تصل هذه النسبة عند الرجال إلى 42 %. ونسب معرفة مكان يمكن فيه إجراء هذه التحليلات ضعيفة وخاصة في الوسط الريفي (7 % من النساء و 13 % من الرجال) وكذلك في مناطق الوسط والجنوب الشرقي و عند غير المتعلمين وغير المتعلمات.

صرحت نسبة قليلة من الرجال أنها استعملت الواقي الذكري أثناء اتصالاتها الجنسية الأخيرة. وقام بهذا الاستعمال بصفة خاصة الشباب دون 30 سنة والرجال الذين يعيشون في الوسط الحضري والمنطقة الشمالية وكذلك الرجال الذين عندهم المستوى الابتدائي فما فوق.





الخلاصة والتوصيات

الخصوبة و تنظيم الأسرة

أظهرت نتائج المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني أن العدد المتوسط لأطفال النساء وخاصة القاطنات منهن في الوسط الريفي واللائي لم يسبق الالتحاق بالمدرسة ما زال مرتفعا على الرغم من انخفاضه. ومع ذلك فالخصوبة الإجمالية للنساء أعلى بقليل من الخصوبة المرغوب فيها. وعلى الرغم من الارتفاع المهم، ما زال انتشار استعمال وسائل تنظيم الأسرة جد ضعيفا وخاصة في الوسط الريفي وعند غير المتعلمات. و تشير النتائج كذلك إلى وجود طلب محتمل لوسائل تنظيم الأسرة قصد تباعد الولادات. ولم يتم لحد الساعة تلبية هذا الطلب إلا في حدود 20 %.

تبين هذه النتائج أنه يجب أن تتواصل الجهود في مجال تنظيم الأسرة من أجل أن تتاح خدمات فعالة للأزواج الذين يرغبون في تباعد ولاداتهم.

صحة الأم والطفل

تظهر النتائج في مجال صحة الأم والطفل أن مستوى الاستشارات قبل وبعد الولادة لدى مشرفين صحيين مؤهلين ما يزال ضعيفا. وكذلك ما تزال الرعاية عند الولادة والتغطية التلقيحية للأطفال دون سن الخامسة ضد أمراض البرنامج الموسع غير كافية.

ومن جهة أخرى فإن كلا من الإسهال والحمى والالتهابات الحادة للجهاز التنفسي التي ما زالت منتشرة بنسب عالية والتي في غالب الحالات تعالج قليلا أو لا تعالج بالمرة شاهد على الجهود الواجب القيام بها في هذا الميدان. والمستويات المرتفعة لوفيات الأطفال دون الخامسة هي كذلك نتيجة انتشار أمراض الطفولة المصاحبة لنقص العلاج المناسب وسوء حالة التغذية.

من أجل تحسين صحة الأم والطفل يجب القيام بجهود في مجال إعلام وتوعية السكان بصفة عامة والأمهات بصورة خاصة بضرورة القيام بالاستشارات الخاصة برعاية ما قبل الولادة وضرورة وضع الحمل بمساعدة مشرفين صحيين مؤهلين والقيام بتلقيح الأطفال بصورة كاملة.

وعليه يتطلب تحسين صحة الأم والطفل:

- تحسين التغطية التلقيحية ضد أمراض البرنامج الموسع للتلقيح،
- مضاعفة كفاح الأمراض التي تصيب الأطفال.
- تعليم وتحسيس الأمهات بالأمور المتعلقة بتغذية الأطفال من أجل إدخال الأغذية الضرورية لنمو جيد في الوقت المناسب.
- تشجيع استعمال مختلف علاجات إعادة التمييه لمعالجة الجفاف عن طريق الفم (TRO).

الأمراض المنقولة جنسيا (أ م ج) والسيدا

معرفة السيدا مرتفعة نسبيا في موريتانيا إلا أن النتائج أظهرت أن نصف النساء وأكثر من ثلث الرجال ليست عندهم إلا معرفة جزئية بهذا المرض.

في إطار محاربة انتشار السيدا التي تقوم بها وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية بواسطة البرنامج الوطني لمحاربة السيدا يجب أن تتابع الأنشطة المباشرة في هذا الميدان وأن تكثف من أجل:

- تحسين معرفة السكان لطرق انتقال الأمراض المنتقلة جنسيا والسيدا وخاصة وسائل الوقاية،
- تنمية استعمال الواقيات.

الممارسات التقليدية

صرح ثلاثة أرباع النساء الموريتانيات أنه جرى خفاضهن. إضافة إلى ذلك قام ثلاثا النساء اللائي عندهن بنت واحدة على الأقل بخفاضها أو لديهن نية القيام بذلك مما يعني ثبات هذه العملية.

ومع ذلك صرح 21 % من النساء والرجال أن الفتاة لا تجني أي فائدة من جراء هذه العملية.

من جهة أخرى صرح خمس النساء أنه جرى تسمينهن. في حين تشير النتائج إلى تراجع هذه الممارسة عند الأجيال الأصغر سنا. وقد صرح خمسا النساء أن الفتاة لا تجني أي فائدة من التسمين.

من أجل المكافحة الفعالة لهذه الممارسات فإنه يجب متابعة العمل التحسيسي وتكثيفه وخاصة في الوسط الريفي.



المؤشرات الأساسية

	المستوى الوطني			المناطق				
	المجموع	الحضر	الريف	انواكشوط	ج. الشرقي	النهر	الشمال	الوسط
السكان والخصوبة								
خصائص السكان والأسر								
الحجم المتوسط للأسر (الأفراد العاديين)	5.8	6.0	5.7	5.8	5.8	6.0	5.8	5.3
ربات الأسر نسبة النساء (٪)	29	25	32	25	24	37	20	30
متوسط عدد الأفراد الذين ينامون في غرفة واحدة	4.3	3.9	4.5	3.9	4.9	4.1	4.1	4.7
الأسر المتوفرة على الكهرباء (٪)	22	50	3	47	4	8	68	7
الأسر التي تملك جهاز راديو (٪)	50	61	43	62	45	46	58	41
الأسر التي تملك جهاز تلفزيون (٪)	20	45	2	49	3	6	49	5
الأسر التي تملك ثلاجة (٪)	10	22	1	23	1	2	29	2
الأسر التي تستعمل ملحا يحتوي على اليودي (٪)[1]	2	3	1	4	0.4	2	2	1
النساء والرجال الذين لا يستمعون عادة[2] إلى الراديوولا التلفزيون ولا يقرؤون الجرائد (٪)	41/60	23/36	65/81	22/30	70/82	46/71	23/39	75/83
الخصوبة و الزواجية								
متوسط عدد المواليد الأحياء للنساء في الفئة العمرية 40-49	5.8	5.8	5.9	5.7	5.2	6.0	6.5	6.1
معدل الخصوبة الكلية[3]	4.7	4.3	5.0	4.3	5.0	5.1	4.6	4.0
وسيط العمر عند الولادة الأولى (بالسنوات)[4]	20.7	20.6	20.7	20.6	22.1	20.2	20.1	21.2
وسيط المدة الفاصلة بين ولادتين (بالأشهر)[5]	35.0	34.7	35.2	33.8	35.1	35.1	35.2	35.9
نسبة النساء في الفئة 15-19 سنة اللائي هن أمهات أو حاملات بطفلهن الأول (٪)	16	14	17	15	16	17	18	10
النساء المتزوجات في الفئة 15-49 سنة / الرجال المتزوجون في الفئة 15-59 سنة (٪)	49/59	43/52	57/65	45/52	55/60	52/66	43/54	51/53
وسيط العمر عند الزواج الأول بالنسبة للنساء[6]	17.1	17.5	16.8	17.4	18.8	16.1	16.7	17.2
وسيط العمر عند الزواج الأول للرجال[6]	26.5	27.5	25.5	27.4	26.2	25.5	27.3	25.7
تنظيم الأسرة وتفضيلات الإنجاب								
معرفة واستعمال وسائل تنظيم الأسرة								
النساء المتزوجات حاليا اللائي يعرفن وسيلة واحدة على الأقل لتنظيم الأسرة (٪)	71	90	58	92	76	54	87	57
النساء المتزوجات حاليا اللائي يستعملن وسيلة ما (٪)	8	16	3	18	5	3	16	2
الرجال المتزوجون حاليا الذين يعرفون وسيلة واحدة على الأقل لتنظيم الأسرة (٪)	61	83	40	88	40	36	81	58
الرجال المتزوجون حاليا الذين يستعمون حاليا وسيلة ما لتنظيم الأسرة (٪)	11	19	4	18	5	4	25	6
تفضيلات الإنجاب								
متوسط عدد الأطفال المثالي لكل امرأة[7]	6.2	5.2	7.0	5.0	7.1	6.7	5.3	6.5
متوسط عدد الأطفال المثالي لكل رجل[7]	7.6	6.5	8.9	6.3	9.2	8.5	5.7	8.1
النساء المتزوجات غير الراغبات في المزيد من الأطفال (٪)	19	28	13	30	15	14	28	13
الرجال المتزوجون غير الراغبين في المزيد من الأطفال (٪)	9	9	8	10	12	6	7	6
صحة الأم و الطفل								
الرعاية الصحية أثناء الحمل والرضاعة و التلقيح و حالة التغذية								
نسبة الولادات التي استفادت أمها من:								
– رعاية أثناء الحمل من طرف أشخاص مؤهلين (٪)[8]	65	84	50	84	35	70	74	45
–جرعة واحدة على الأقل من اللقاح ضد الكزاز (٪)[8]	38	53	28	57	18	40	35	27
– مساعدة أطر صحية عند الولادة (٪)[9]	57	88	33	92	23	51	74	39
الأطفال في فئة العمر 12-23 شهرا الملقحون كليا (٪)[10]	32	38	27	36	33	31	35	22
الأطفال في فئة العمر 12-23 شهرا الذين لم يتلقوا أي تلقيح (٪)	15	10	19	10	19	17	11	17
وسيط مدة الرضاعة (بالأشهر)	21.2	19.3	22.3	19.2	21.5	21.9	18.1	23.5

	المستوى الوطني			المناطق				
	المجموع	الحضر	الريف	انواكشوط	ج. الشرقي	النهر	الشمال	الوسط
الأطفال دون الخامسة الذين عانوا خلال الأسبوعين السابقين للاستجواب بأحد الأمراض التالية:								
– الإسهال (٪)	18	21	16	22	17	15	23	16
– النسبة التي حصلت من بينهم على SRO أو على محلول حضر في البيت (٪)[11]	36	40	32	37	18	46	36	38
– نسبة الذين لم يحصلوا لا على TRO ولا على مزيد من السوائل (٪)[11]	52	47	57	51	71	41	50	60
– الحمى (٪)	31	32	30	35	42	22	27	35
– السعال مع تنفس قصير وسريع (٪)	10	12	9	12	8	7	16	13
– نسبة الذين من بينهم أخذوا إلى الاستشارة (٪)[12]	39	54	26	55	21	38	37	30
الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في النمو (٪)[13]	35	30	38	27	36	39	29	41
الأطفال دون الخامسة المصابون بالهزال (٪)[14]	13	11	14	11	11	16	8	16
الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من نقص في الوزن (٪)[15]	32	27	36	25	35	37	21	35
النساء اللائي عندهن قامة أقل من 145 سم (٪)	1	1	1	1	1	1	1	1
النساء في الفئة 15-49 اللائي يعانين من سوء تغذية حاد (٪)[16]	13	12	14	11	10	17	11	14
النساء في الفئة 15-49 سنة اللائي يعانين من زيادة في الوزن (٪)[17]	38	43	33	45	44	28	45	34
الأمراض المنتقلة جنسيا (أ م ج) والسيدا								
النساء و الرجال سمعوا بـ:								
– الأمراض المنقولة جنسيا (٪)	26/14	29/18	21/11	32/20	35/16	20/15	19/6	2/2
– فيروس فقدان المناعة/السيدا (٪)	86/76	94/93	75/63	97/94	57/58	91/72	96/89	64/68
النساء و الرجال الذين لا يعرفون السيدا أو الذين أي وسيلة مهمة للوقاية منها (٪)[18]	36/68	21/51	55/82	17/48	57/82	46/70	24/68	65/84
وفيات الأطفال والأمهات								
احتمال الوفيات (بالنسبة لـ 1000 ولادة حية):[19]								
– الرضع (بين الولادة و عيد الميلاد الأول)	74	71	76	75	87	*68	82	*63
– الأطفال (بين عيد الميلاد الأول والخامس)	46	44	48	47	58	*41	53	*37
– الرضع و الأطفال (قبل عيد الميلاد الخامس)	116	112	120	119	140	106	131	*98
وفيات النساء بسبب الأمومة لكل 100.000 ولادة حية للفترة الممتدة بين 1994-2001	747	-	-	-	-	-	-	-
التسمين و الخفاض								
نسبة النساء المخفضات (٪)	71	65	77	62	97	62	54	88
نسبة النساء المسمنات أو اللائي يجري تسمينهن (٪)	22	19	24	20	36	13	19	30

1 احسب تحليل لملح المستخدم في الطبخ
2 الذين لا يقرؤون جريدة ولا يشاهدون التلفزة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع أو الذين لا يستمعون إلى الراديو مرة واحدة على الأقل في اليوم.
3 العدد المتوسط من الأطفال الذي يمكن أن تنجبه المرأة طول فترة الإنجاب في ظروف الخصوبة الحالية.
4 العمر الذي يكون عنده نصف النساء في العمر ٢٥–٤٩ سنة قد أنجبن طفلهن الأول.
5 المدة الفاصلة بين ولادتين، بالنسبة لنصف ولادات من أمهات في الفئة ١٥–٤٩ سنة.
6 العمر الذي يكون عنده نصف النساء في الفئة ٢٥–٢٩ سنة والرجال في السن ٣٠–٥٩ قد تزوجوا للمرة الأولى.
7 بالنسبة للنساء في الفئة ١٥–٤٩ سنة و الرجال في العمر ١٥–٥٩ سنة
8 بالنسبة للولادات الأخيرة (حسب الرتبة) التي حدثت خلال السنوات الخمس التي سبقت السح.
9 بالنسبة للولادات التي حدثت خلال السنوات ٥ التي سبقت المسح.
10 الذين تلقوا لقاحا ضد السل و الجرعات الثلاث من كل من لقاح الشلل و اللقاح الثلاثي و لقاح الحصباء دون لقاح الشلل عند الولادة.
11 TRO هو علاج الجفاف عن طريق الفم الذي يضم دزء أو محلولا محضرا في المنزل معدا من الماء و الملح و السكر.
12 لم يتم اعتبار الصيدليات كمشرفين أو مؤسسات صحية.
13 الأطفال دون الخامسة ذوي طول أقل من الطول المتوسط الذي يجب أن يكون عليه عند عمر معين، وهو علامة على بطء في النمو لمدة طويلة أو قصيرة.
14 وزن أقل من الوزن المتوسط الذي يجب أن يكون عليه عند قامة معينة.
15 وزن أقل من الوزن المتوسط الذي يجب أن يكون عليه عند عمر معين.
16 اللائي عندهن مؤشر كتلة جسمية (م ك ج) أقل من ١٨,٥ كلغ/ م
17 مؤشر كتلة جسمية أعلى من ٢٥.
18 الوسائل المهمة (من وجهة نظر برمجية) هي : استعمال الواقي والاقتصار على شريك واحد و الإمساك عن الاتصالات الجنسية.
19 تتعلق المؤشرات بالفترة المتمركزة حول ١٩٩٧.
* يجب استعمال هذه المستويات من الوفيات بحذر لأن التحليل أظهر أنه قد تم تقديرها بصورة أقل من الوقع.